

WARSZAWSKI
GABINET
FIZJOTERAPII

EBOOK

HISTORIE PACJENTÓW

7 Przypadków z bólem kręgosłupa

Jak wygląda badanie, dobór postępowania i powrót do normalnego funkcjonowania – na przykładach z gabinetu.



PRAWDZIWE HISTORIE
z mojego gabinetu



DIAGNOSTYKA, RUCH
I EDUKACJA
w praktyce



SKUTECZNE STRATEGIE
terapeutyczne dopasowane
do Ciebie

ADRIAN MAŁEK

FIZJOTERAPEUTA SPECJALIZUJĄCY SIĘ
W BÓLU KRĘGOSŁUPA



wgfizjo.pl



Historie pacjentów

7 Przypadków z bólem kręgosłupa

Jak wygląda badanie, dobór postępowania i powrót do normalnego funkcjonowania – na przykładach z gabinetu.

Warszawski Gabinet
Fizjoterapii

wgfizjo.pl

O czym jest ten ebook ?

Ten ebook to zbiór prawdziwych przypadków pacjentów z mojego gabinetu.

Opisuję w nim osoby z ostrym i przewlekłym bólem kręgosłupa, rwą kulszową, rwą barkową oraz bólem rzutowanym. Zależało mi na tym, żeby nie tworzyć kolejnego poradnika z uniwersalnym zestawem ćwiczeń, tylko pokazać Ci, jak naprawdę wygląda moja praca z pacjentem od pierwszej rozmowy aż do powrotu do normalnego funkcjonowania.

W każdej historii możesz zobaczyć, jak wygląda wywiad, na co zwracam uwagę podczas badania, jak sprawdzam reakcję objawów na ruch i dlaczego czasami jedno ćwiczenie pomaga, a innym razem dokładnie ten sam ruch nie jest dobrym wyborem. Dzięki temu możesz też lepiej zorientować się, czego możesz spodziewać się podczas wizyty w moim gabinecie.

Możesz przeczytać ebook od początku albo od razu przejść do przypadku najbardziej podobnego do Twoich objawów. Zwracaj uwagę nie tylko na same ćwiczenia, ale przede wszystkim na sposób myślenia: co pokazało badanie, jak zmieniały się objawy i dlaczego w danym momencie podejmowałem konkretną decyzję.

SPIS TREŚCI

I	<u>Ostry ból pleców po schyleniu</u>	5
II	<u>Nawracający ostry ból pleców</u>	12
III	<u>Przewlekły ból pleców od 25 lat</u>	19
IV	<u>Rwa kulszowa z bólem całej nogi</u>	26
V	<u>Ostry ból szyi</u>	36
VI	<u>Rwa barkowa z drętwieniem całej ręki</u>	43
VII	<u>Ból mostka, którego źródłem okazał się kręgosłup</u>	48

Ostry ból pleców po schyleniu

„Schyliłem się po paczkę i nagle coś złapało mnie w plecach”



Do gabinetu zgłosił się 46-letni mężczyzna, aktywny na co dzień: chodził po górach, jeździł na rowerze i ćwiczył na siłowni. Kilka miesięcy wcześniej, podczas schylania się i podnoszenia paczki, nagle pojawił się u niego silny ból w dolnej części pleców. To jeden z tych scenariuszy, które słyszę bardzo często: ktoś schyla się po zwykłą rzecz i nagle ma wrażenie, że plecy się „zablokowały”. Pacjent liczył, że problem minie samoistnie, ale ból utrzymywał się przez kolejne tygodnie i miesiące na podobnym poziomie. W dniu pierwszej wizyty oceniał go na około 5/10. Dolegliwości były zlokalizowane głównie na środku odcinka lędźwiowego, bez promieniowania do nóg, drętwienia czy mrowienia. Najbardziej charakterystyczne było ciągłe poczucie, że nie może się do końca wyprostować.

Dłuższe siedzenie zwiększało dolegliwości, szczególnie przy wstawaniu z krzesła. Długie stanie i chodzenie również nasilały ból, a rano pojawiała się sztywność i potrzeba „rozruszania” pleców. Kaszel i kichanie potrafiły dodatkowo zwiększyć dolegliwości. Przez 14 dni pacjent stosował leki przeciwzapalne, ale nie przyniosły one większej poprawy.

Najpierw badanie, potem ćwiczenie

Przy nagłym bólu po schyleniu bardzo łatwo pomyśleć: „Pewnie coś sobie uszkodziłem”. Sam moment pojawienia się bólu nie odpowiada jednak na pytanie, co dokładnie dzieje się z kręgosłupem i jaki ruch będzie pomocny. Dlatego podczas pierwszej wizyty nie chciałem zgadywać. Zacząłem od sprawdzenia, jak zachowują się objawy w różnych pozycjach i czy któryś kierunek ruchu wywołuje powtarzalną poprawę albo pogorszenie.

W postawie było widoczne niewielkie przesunięcie tułowia w lewo. Pacjent sam mówił, że czuje się lekko pochylony do przodu i nie może swobodnie się wyprostować. Testy sugerujące podrażnienie nerwu były prawidłowe, a w nogach nie było bólu ani zaburzeń czucia. Skłon do przodu był wyraźnie ograniczony i nasilał ból na środku lędźwi, zwłaszcza podczas powrotu do pozycji stojącej. Wyprost do tyłu również był ograniczony i bolesny.

Pierwszy ruch nie pomógł – i to też była cenna informacja

Zacząłem od powtarzanych ruchów wyprostu w pozycji stojącej. Po około 10 powtórzeniach ból nie tylko się nie zmniejszył, ale trochę się nasilił, a skłon stał się jeszcze bardziej ograniczony. To dla mnie ważna część badania, bo dobrze pokazuje, dlaczego nie istnieje jedno uniwersalne „ćwiczenie na ból pleców”. Ruch, który pomaga jednej osobie, u innej może w danym momencie pogorszyć objawy.



Przeprost w staniu – pierwszy ruch który przetestowałem

Następnie przeszliśmy do ruchu zgięciowego w leżeniu, czyli przyciągania kolan w stronę klatki piersiowej. Po około 20 powtórzeniach ból był trochę mniejszy, a skłon nieco swobodniejszy, ale zmiana nadal była niewielka. Wciąż widoczne było także boczne przesunięcie tułowia, więc postanowiłem sprawdzić ruch w innym kierunku.



Zgięcie w leżeniu – drugi ruch który testowałem u pacjenta

Przeszliśmy do korekcji bocznego przesunięcia tułowia. Pacjent wykonywał ruch w prawo, przeciwnie do widocznego przesunięcia. I tutaj reakcja była zupełnie inna. Po kilku seriach ból wyraźnie się zmniejszył, skłon był dużo lepszy, poprawił się też wyprost i ogólna swoboda ruchu. To był pierwszy moment, kiedy podczas wizyty zobaczyliśmy naprawdę wyraźną zmianę.



Przesunięcie boczne tułowia – trzeci ruch który sprawdziłem u pacjenta

Jedno konkretne zalecenie zamiast dużego zestawu

Pacjent nie dostał dziesięciu ćwiczeń do wykonania. Jego głównym zaleceniem była korekcja bocznego przesunięcia przy ścianie, około 20 powtórzeń co godzinę

Nie chciałem dokładać ruchów, które w badaniu nie dawały efektu albo wręcz pogarszały objawy. Zależało mi na tym, żeby regularnie powtarzał właśnie ten ruch, który podczas wizyty dał wyraźną poprawę.

Na kolejnej wizycie pacjent powiedział, że już po pierwszej dobie zauważył zmianę. Oceniał poprawę na około 30%, ból spadł z 5/10 do około 3/10, a wstawanie z krzesła i chodzenie były łatwiejsze. Najważniejsze było jednak to, że ból przestał być stały. Zaczęły pojawiać się momenty, w których pacjent nie czuł go w ogóle. Zniknęło także wcześniejsze boczne przesunięcie tułowia, a skłon do przodu był znacznie swobodniejszy.

Ten sam ruch, który wcześniej pogarszał, zaczął pomagać

Po skorygowaniu bocznego przesunięcia ponownie sprawdziłem wyprost. Tym razem reakcja była zupełnie inna. Pacjent wykonał przeprosty w leżeniu na brzuchu, a następnie w pozycji stojącej. Z każdym powtórzeniem wyprost stawał się swobodniejszy, a ból praktycznie znikał. Dlatego zmieniłem zalecenie i pacjent zaczął wykonywać około 10 przeprostów w stanie co dwie godziny. Na trzeciej wizycie pacjent praktycznie nie odczuwał już bólu. Bez problemu siedział przez kilka godzin w samochodzie, co wcześniej było trudne. Ból oceniał na 0/10, a poprawę od początku terapii na 100%. Mógł stopniowo wracać do swoich normalnych aktywności, czyli jazdy na rowerze, siłowni i chodzenia po górach.



Kuba

20/04/2026



To działa Bez zbędnych szczegółów, po prostu przestało mnie boleć i się ruszam, skuteczne zalecenia

Co warto zapamiętać z tej historii?

Ten przypadek dobrze pokazuje, że nagły ból po schyleniu nie oznacza automatycznie poważnego uszkodzenia kręgosłupa. Pokazuje też, że samo znalezienie „dobrego ćwiczenia” to za mało.

Najważniejsze było sprawdzanie reakcji na ruch i ponowne badanie po każdej próbie. Najpierw wyprost pogarszał objawy, zgięcie dawało tylko niewielką poprawę, a dopiero ruch boczny przyniósł wyraźną zmianę. Kiedy sytuacja się poprawiła, wyprost można było wprowadzić ponownie i wtedy zaczął działać bardzo dobrze.

Jeżeli Twój ból zaczął się w podobny sposób – po schyleniu, podniesieniu czegoś albo nagłym ruchu – podczas wizyty sprawdzam przede wszystkim, które ruchy nasilają objawy, które je zmniejszają i jak kręgosłup reaguje na powtarzane ruchy. Na tej podstawie dobieram dalsze postępowanie zamiast zgadywać, które ćwiczenie „powinno” pomóc.

Dopadł Cię nagły ból pleców i
trudno Ci się wyprostować?

[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)

Nawracający ostry ból pleców

„Znowu mnie złapało”

Do gabinetu zgłosiła się 35-letnia pacjentka, która regularnie ćwiczyła na siłowni i grała w tenisa. Problem z plecami nie był dla niej czymś nowym. Od około 10 lat ból co jakiś czas wracał w postaci ostrych epizodów z poczuciem „zablokowania” pleców i dużym ograniczeniem ruchu. Tym razem ból trwał od pięciu dni i nie chciał się zmniejszyć.

Pacjentka nie potrafiła wskazać jednego konkretnego ruchu, po którym zaczęły się objawy. Dzień wcześniej długo siedziała i podejrzewała, że mogło mieć to znaczenie, ale nie było typowego momentu „schyliłam się i nagle mnie złapało”. Ból oceniała na około 4/10. Najgorzej było podczas siedzenia, wstawania z krzesła i chodzenia, natomiast stanie i leżenie były lepiej tolerowane. Kichanie zwiększało dolegliwości, ale ból nie budził jej w nocy.



W poprzednich epizodach najczęściej czekała kilka dni, aż problem sam minie. Korzystała też z maty z kolcami, piłki do masażu, terapii manualnej i ibuprofenu. Zazwyczaj to wystarczało, żeby po paru dniach wrócić do normy. Tym razem jednak minęło już pięć dni i ból nadal pozostawał na podobnym poziomie.

wgfizjo.pl

Przy nawrotach pytanie brzmi nie tylko „jak zmniejszyć ból?”

Pacjent z nawracającym bólem jest w trochę innej sytuacji niż osoba, która doświadcza takiego problemu pierwszy raz. Często nie boi się już samego bólu, tylko zaczyna się zastanawiać, dlaczego ten sam problem ciągle wraca. Dlatego w tym przypadku zależało mi nie tylko na uspokojeniu aktualnego epizodu, ale także na tym, żeby później nauczyć pacjentkę lepiej reagować na pierwsze sygnały kolejnego nawrotu.

Pierwsze badanie

W postawie zauważyłem wyraźną lordozę lędźwiową i niewielkie przesunięcie tułowia w prawo. Skłon do przodu był ograniczony i bolesny, natomiast wyprost był znacznie swobodniejszy, choć na końcu zakresu również pojawiał się ból.

Ruchy boczne nie prowokowały dolegliwości.

Następnie przeszliśmy do powtarzanych przeprostów w leżeniu na brzuchu.

Podczas samego ćwiczenia pacjentka praktycznie niczego nie czuła, ale po serii ponownie sprawdziłem skłon. Zakres wyraźnie się zwiększył, a ból był mniejszy.

To była dla mnie wystarczająco spójna odpowiedź, żeby na tym etapie wykorzystać właśnie ten kierunek. Pacjentka dostała proste zalecenie: 10 przeprostów w leżeniu co około dwie godziny.



Przeprost w leżeniu na brzuchu – ćwiczenie które zaleciłem pacjentce

Po pięciu dniach było dużo lepiej, ale został ból pośladka

Na drugą wizytę pacjentka przysłała po pięciu dniach i powiedziała, że z dolną częścią pleców jest znacznie lepiej. Nie było już bólu podczas kichania ani kaszlu, a ruchomość kręgosłupa wyglądała dużo lepiej. Pozostał jednak ból prawego pośladka, który pojawiał się po dłuższym siedzeniu.

Najpierw sprawdziłem, czy samo skorygowanie pozycji siedzącej coś zmienia, ale nie dawało to efektu. Wróciliśmy więc do przeprostu w leżeniu. Tym razem poprawa była tylko niewielka. Przeprost w staniu dawał trochę większy efekt, ale ból nadal nie znikał całkowicie. To był ważny moment, bo ćwiczenie, które kilka dni wcześniej dobrze odpowiadało na główny problem, nie wystarczało już do zmiany aktualnych objawów.

Kluczowy okazał się ruch boczny

Najpierw sprawdziłem, czy samo skorygowanie pozycji siedzącej coś zmienia, ale nie dawało to efektu. Wróciliśmy więc do przeprostu w leżeniu. Tym razem poprawa była tylko niewielka. Przeprost w staniu dawał trochę większy efekt, ale ból nadal nie znikał całkowicie. To był ważny moment, bo ćwiczenie, które kilka dni wcześniej dobrze odpowiadało na główny problem, nie wystarczało już do zmiany aktualnych objawów.

Poprosiłem pacjentkę o przesunięcie bioder w lewo przy jednoczesnym przesunięciu tułowia w prawo. Pierwsze ruchy mocno prowokowały ból w pośladku, ale po około 10-15 powtórzeniach sytuacja zaczęła się zmieniać. Im więcej prawidłowych ruchów wykonywała, tym bardziej ból się zmniejszał. To właśnie ten ruch zaleciłem jej do samodzielnego wykonywania po drugiej wizycie.



Przesunięcie tułowia do boku – ćwiczenie które zaleciłem pacjentce

Cztery dni później pacjentka powiedziała, że po kilku seriach w ciągu dnia ból pośladka praktycznie zniknął. W dniu trzeciej wizyty nie miała już bólu, wróciła na siłownię i do gry w tenisa, a obie aktywności wykonywała bez problemu. Na tym mogliśmy zakończyć leczenie aktualnego epizodu.

A co zrobić, żeby lepiej radzić sobie z nawrotami?

Przy bólu, który wraca od 10 lat, interesuje mnie również to, co możemy zrobić pomiędzy epizodami. Nie chodzi o to, żeby pacjent przez całe życie wykonywał rozbudowany zestaw ćwiczeń „na chore plecy”. Ta pacjentka była aktywna i regularnie trenowała, więc bardziej zależało mi na nauczaniu jej obserwowania prostych sygnałów, które mogą pojawić się wcześniej niż duży nawrót bólu.

Zwróciłem jej uwagę na to, że bardzo dużo czasu w codziennym życiu spędzamy w pozycjach zgięciowych: siedzimy przy biurku i w samochodzie, schylamy się, patrzymy w telefon. Dlatego chciałem, żeby kręgosłup regularnie poruszał się również w przeciwnym kierunku i zachowywał komfortowy zakres wyprostu. Zamiast rozbudowanego programu pacjentka dostała prosty „test kontrolny”: od czasu do czasu miała sprawdzić, czy może odgiąć się do tyłu i schylić do przodu tak samo swobodnie jak zwykle.



Przeprost w staniu



Skłon w staniu

Jeżeli nagle któryś z tych ruchów stawałby się wyraźnie mniejszy, sztywniejszy albo niekomfortowy, miał to być sygnał, żeby zwrócić na plecy większą uwagę. Drugim elementem było zapamiętanie ćwiczenia, które podczas tego epizodu wyraźnie zmniejszało objawy. Skoro znaleźliśmy ruch, który działał, chciałem, żeby pacjentka wiedziała, od czego może zacząć, jeżeli podobny ból pojawi się ponownie.

★★★★★ 2 miesiące temu

Przyszłam z nawracającym bólem w odcinku lędźwiowym, który towarzyszył mi od ponad 10 lat. Pan Adrian dokładnie wyjaśnił, z czego mogą wynikać moje dolegliwości, oraz pokazał ćwiczenie, które skutecznie pomogło zmniejszyć ból. Już po krótkim czasie odczułam wyraźną poprawę. Polecam za profesjonalne podejście i skuteczną pomoc :)!

Co warto zapamiętać z tej historii?

Celem nie jest obiecanie pacjentowi, że już nigdy nie będzie miał nawrotu. Bardziej zależy mi na tym, żeby lepiej rozumiał swój problem, szybciej reagował na zmianę objawów i jak najmniej rezygnował z normalnej aktywności. W tej historii kluczowe było znalezienie ruchu dla aktualnego epizodu, a później stworzenie prostej strategii, którą pacjentka może wykorzystać przy kolejnym nawrocie.

Twoje plecy regularnie „łapią”?
Umów konsultację i naucz się, jak
reagować na kolejny nawrót bólu.

[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)

Przewlekły ból pleców od 25 lat

„Przyzwyczałem się, że plecy po prostu bolą”

Do gabinetu zgłosił się 42-letni pacjent pracujący przy komputerze, który od około 25 lat zmagał się z bólem dolnej części pleców. Pięć lat wcześniej przeszedł operację discektomii z powodu przepukliny w odcinku lędźwiowym, a dodatkowo miał rozpoznaną dyskopatię w odcinku szyjnym. Najważniejsze było jednak to, że ból stał się stałym elementem jego codziennego życia.

W lepsze dni pacjent oceniał go na około 1-2/10, czyli jako stały dyskomfort, do którego zdążył się przyzwyczaić. W gorszych momentach pojawiały się zaostrzenia sięgające nawet 7/10. Od około dwóch lat właściwie nie pamiętał już dnia całkowicie bez bólu. Nie potrafił wskazać jednego konkretnego wydarzenia, po którym sytuacja się pogorszyła. Po prostu z czasem ból zaczął być coraz bardziej obecny.



Ból wpływał na prawie każdą pozycję

Najgorzej było podczas schylania się, siedzenia i ruchów w zgięciu, ale zmiana pozycji nie rozwiązywała problemu całkowicie. Długie stanie również powodowało ból, a leżenie potrafiło być niekomfortowe. Najtrudniejsze było pierwsze kilkanaście minut po przebudzeniu, kiedy pacjent czuł dużą sztywność i potrzebował około 15 minut, żeby się rozruszać.

Mimo długiej historii problemu miał konkretny cel: chciał wrócić do ćwiczeń, biegania i kiedyś znowu zagrać w piłkę nożną. To było dla mnie bardzo ważne, bo w przewlekłym bólu nie interesuje mnie wyłącznie pytanie „jak zmniejszyć ból?”. Równie ważne jest to, do czego pacjent chce dzięki terapii wrócić.

Pierwsze badanie nie dawało prostego obrazu

W obserwacji jego dolny odcinek pleców był ustawiony dość płasko, a naturalna lordoza lędźwiowa była wyraźnie zmniejszona. Skłon do przodu był tylko nieznacznie ograniczony, ale ból pojawiał się praktycznie podczas całego ruchu. Wyprost do tyłu był mocniej ograniczony i również bolesny, a ruchy boczne także prowokowały dolegliwości. Testy neurodynamiczne z unoszeniem wyprostowanej nogi wywoływały ból lędźwi po obu stronach.

Obraz był więc dość rozlany. Prawie każdy kierunek ruchu był w jakiś sposób niekomfortowy, co często widzę u osób z długo trwającym bólem. Zacząłem od powtarzanych ruchów wyprostnych. W trakcie ból początkowo się zwiększał, później trochę się uspokajał, a po serii pacjent mówił o niewielkim zmniejszeniu dolegliwości. Wyprost trochę się poprawił, ale skłon do przodu stał się gorszy. To nie była wystarczająco spójna odpowiedź, żeby na niej oprzeć dalsze postępowanie.

Dopiero drugi kierunek dał wyraźną zmianę

Następnie przeszliśmy do powtarzanych ruchów zgięciowych w leżeniu. Podczas samego ruchu pacjent nadal odczuwał dolegliwości, ale po zakończeniu serii ponownie

sprawdziłem wcześniejsze testy. Tym razem poprawił się skłon, poprawił się wyprost, a test unoszenia wyprostowanej nogi również wyglądał lepiej. To była znacznie bardziej spójna odpowiedź.

Dlatego zaleciłem 10 powtórzeń zgięcia w leżeniu co około dwie godziny. Jeżeli w ciągu dnia pacjent nie miał możliwości położenia się, mógł wykorzystać zgięcie w pozycji stojącej. Na tym zakończyliśmy pierwszą wizytę.



Zgięcie kręgosłupa lędźwiowego w leżeniu

„Nie spodziewałem się, że jeszcze coś może się zmienić”

Na drugiej wizycie pacjent był wyraźnie zaskoczony. Po tylu latach bólu nie spodziewał się, że proste postępowanie może cokolwiek wyraźnie zmienić. Tymczasem ból, który wcześniej potrafił sięgać 7/10, teraz najczęściej mieścił się w zakresie 0-2/10. Nie pojawiały się wcześniejsze ostre „strzały”, a co najważniejsze zaczęły zdarzać się okresy, w których pacjent oceniał ból na 0/10. Nie wszystko poprawiło się od razu. Rano nadal pojawiała się sztywność, po długim staniu ból potrafił narastać, a test neurodynamiczny wciąż prowokował dolegliwości. Mieliśmy jednak pierwszy od bardzo dawna sygnał, że objawy nie muszą być cały czas takie same. Dlatego utrzymałem wcześniejsze zalecenia.

Pacjent zaczął zapominać o plecach

Na trzeciej wizycie poprawa była jeszcze bardziej widoczna. Ból pojawiał się tylko sporadycznie i miał charakter lekkiego dyskomfortu. Coraz częściej pacjent nie odczuwał go w ogóle, nie było już zaostrzeń do 7/10, a poranna sztywność była krótsza i mniej intensywna.

Jednym z najważniejszych sygnałów poprawy było jednak coś innego. Pacjent powiedział, że zaczął zapominać o plecach. Wcześniej każde schylenie było świadomą decyzją: zastanawiał się, jak ustawić plecy i czy ruch zaraz nie wywoła bólu. Teraz zaczął spontanicznie się schylać, bez ciągłego analizowania kręgosłupa. Dla mnie to jeden z najważniejszych celów pracy z przewlekłym bólem – nie tylko zmniejszyć liczbę punktów w skali bólu, ale sprawić, żeby plecy przestały zajmować pacjentowi tyle miejsca w głowie.

Powrót do ćwiczeń i biegania

Na tym etapie samo zmniejszanie dolegliwości przestało być jedynym celem. Pacjent chciał wrócić do aktywności, więc utrzymaliśmy ruchy zgięciowe, które wcześniej dobrze zmieniały objawy, ale zaczęliśmy też ogólny trening. Początkowo były to proste warianty przysiadów i ćwiczeń mięśni brzucha, dobrane tak, żeby pacjent dobrze je tolerował i stopniowo odzyskiwał pewność ruchu.

Nie spotykaliśmy się kilka razy w tygodniu. Wizyty odbywały się mniej więcej co dwa-trzy tygodnie, a większość pracy pacjent wykonywał samodzielnie pomiędzy spotkaniami. Na wizytach sprawdzałem postęp, aktualizowałem zalecenia i zwiększałem poziom trudności. Chciałem, żeby pacjent nauczył się zarządzać swoim problemem, a nie uzależniał poprawy od regularnej terapii w gabinecie.

Około dwóch miesięcy po pierwszej wizycie pacjent nadal czuł się dobrze. Wyjechał pod namiot i spał na niekomfortowym podłożu, ale nie doszło do zaostrzenia. Ćwiczenia również nie prowokowały bólu, więc mogliśmy dołożyć trudniejsze elementy, takie jak pompki, wykroki i kolejne warianty treningu. Rozmawialiśmy również o ogólnym zdrowiu. Pacjent miał lekką nadwagę i skonsultował się z lekarzem w sprawie leczenia otyłości. Do jednej z kolejnych wizyt masa ciała zmniejszyła się o około 9 kilogramów. Nie traktowałem tego jako „leczenia pleców”, tylko jako element szerszego planu poprawy zdrowia, sprawności i możliwości powrotu do aktywności.

Kolejnym celem było bieganie. Gdy plecy dobrze tolerowały trening siłowy i codzienne obciążenia, rozpoczęliśmy marszobiegi: 500 metrów biegu i 500 metrów marszu. Z czasem dystans biegu miał się stopniowo zwiększać. Pacjent nadal realizuje plan, jego bóle pozostają na niskim poziomie i stopniowo wraca do aktywności, z których wcześniej rezygnował.



Co jest najważniejsze w tej historii?

Pacjent przyszedł po około 25 latach bólu, z historią operacji i przekonaniem, że plecy po prostu będą bolały. Nie oczekiwałem, że po jednej wizycie „naprawimy” problem trwający ćwierć wieku. Udało się jednak znaleźć kierunek ruchu, który wyraźnie zmieniał objawy, a potem krok po kroku odbudować jego aktywność. W przewlekłym bólu celem nie zawsze musi być natychmiastowe „zero bólu na zawsze”. Czasami ważniejsze jest odzyskanie swobodnego ruchu, zaufania do własnego ciała i możliwości normalnego życia.



BB



25/07/2026

Pan Adrian uważnie i ze zrozumieniem słucha pacjenta oraz jasno tłumaczy proces rehabilitacji. Polecam!

Ból pleców towarzyszy Ci od miesięcy albo lat? Umów konsultację i sprawdźmy, od czego możemy zacząć powrót do większej swobody i aktywności.

[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)

Rwa kulszowa z bólem całej nogi

„Każdy ruch powodował strzał bólu do stopy”

Do gabinetu zgłosiła się 45-letnia pacjentka z klasycznymi objawami rwy kulszowej. Ból zaczynał się w lewym pośladku, schodził przez udo i łydkę aż do stopy, a dodatkowo pojawiały się mrowienie, drętwienie i zaburzenia czucia po zewnętrznej stronie stopy. Objawy trwały już około czterech tygodni, a ból pacjentka oceniała na około 7/10.



Wszystko zaczęło się podczas wysiadania z samochodu. Od tego momentu ból praktycznie nie odpuszczał. Kiedy pacjentka weszła do gabinetu, wyraźnie utykała i chodziła na lekko zgiętej nodze. Największym problemem nie był jednak tylko sam ból. Był nim również strach przed ruchem, bo praktycznie każdy większy ruch mógł spowodować nagły strzał bólu przez całą nogę. Dłuższe chodzenie, siedzenie, schylenie i leżenie na brzuchu zwiększały dolegliwości. Ból budził ją w nocy. Największą ulgę dawało leżenie na prawym boku z poduszką pomiędzy nogami. Pacjentka miała wcześniej epizody bólu samego odcinka lędźwiowego, ale tak silnego bólu nogi doświadczyła pierwszy raz.

Leki pomagały tylko częściowo, a rezonans wyglądał poważnie

Przez kilka tygodni pacjentka była leczona farmakologicznie. Stosowała leki przeciwzapalne, przeciwbólowe i preparaty wykorzystywane przy bólu neuropatycznym, ale efekt był tylko częściowy. Była również konsultowana przez neurochirurga. W rezonansie widoczna była duża przepuklina krążka międzykręgowego i pacjentka dostała propozycję leczenia operacyjnego. Do mnie przyszła przede wszystkim z pytaniem, czy naprawdę będzie musiała mieć operację i co może zrobić przez ten czas, żeby normalnie funkcjonować. W takiej sytuacji nie wystarczy jednak zapytać tylko, gdzie boli. Przy rwie kulszowej bardzo ważne jest dokładne sprawdzenie funkcji układu nerwowego.

Badanie neurologiczne

W badaniu zauważyłem osłabienie lewej stopy. Ruch palucha był słabszy niż po drugiej stronie, a siła łydki również była wyraźnie zmniejszona. Test uniesienia wyprostowanej lewej nogi szybko odtwarzał charakterystyczny ból, a kiedy unosiłem prawą nogę, dolegliwości pojawiały się po stronie lewej. To tzw. skrzyżowany test Lasègue'a.

W połączeniu z zaburzeniami czucia pokazywało mi to, że struktury nerwowe są wyraźnie podrażnione. Dlatego oprócz pracy nad bólem ważne było regularne kontrolowanie siły nogi i obserwowanie, czy funkcja nerwu się poprawia, pozostaje bez zmian czy się pogarsza.

Kręgosłup był bardzo ograniczony, a pierwszy kierunek nasilał nogę

Skłon był mocno ograniczony. Pacjentka nie była w stanie sięgnąć nawet do kolan, bo niemal natychmiast pojawiał się ból w łydce. Wyprost był jeszcze trudniejszy – praktycznie nie mogła odgiąć się do tyłu, ponieważ ruch od razu zwiększał ból nogi. Ruchy boczne były trochę łatwiejsze, ale również prowokowały objawy.

Spróbowaliśmy powtarzanych przeprostów w leżeniu, ale ból nogi zaczął się nasilać, więc nie kontynuowałem tego kierunku. Przy ostrej rwie nie interesuje mnie wykonanie ćwiczenia „za wszelką cenę”. Jeżeli ruch wyraźnie nasila objawy w nodze, szukam innego rozwiązania



Przeprost w leżeniu – pierwsze ćwiczenie jakie spróbowałem z pacjentką

Jedna pozycja zaczęła wyciszać nogę

Ułożyłem pacjentkę na prawym boku i zastosowaliśmy pozycję z odpowiednim ustawieniem rotacyjnym tułowia. Po około 2-3 minutach ból w nodze zaczął wyraźnie ustępować. Po wstaniu część objawów wróciła, ale różnica była na tyle duża, że pacjentka mogła znacznie swobodniej przejść po gabinecie. Mieliśmy więc pierwszą pozycję, która pozwalała jej samodzielnie wyciszać objawy.



Pozycja rotacyjna która zmniejszała ból

Respect Your Leg

Pacjentka dostała dwa główne zalecenia. Pierwsze było bardzo proste: co godzinę przez około pięć minut miała przyjmować pozycję, która podczas badania zmniejszała ból nogi. Drugie zalecenie nazywam „Respect Your Leg”, czyli w wolnym tłumaczeniu: szanuj objawy w nodze.



W ostrej rwie kulszowej nie zależało mi na tym, żeby pacjentka na siłę „rozruszała” bolesną nogę albo udawała sobie, że może funkcjonować mimo nasilającego się bólu. Na tym etapie chciałem, żeby możliwie dużo czasu spędzała w pozycjach i wykonywała czynności, które nie zwiększały objawów. Jeżeli jakaś aktywność powodowała coraz silniejsze strzały do łydki lub stopy, należało ją ograniczyć albo zmodyfikować. Jeżeli dana pozycja wyciszała nogę, warto było ją wykorzystywać.

Sześć dni później – około 60% poprawy

Na kontrolę pacjentka wróciła po sześciu dniach. Oceniała poprawę na około 60%, a ból spadł z 7/10 do około 2/10. Pozycja, którą wykonywała w domu, dawała jej nie tylko chwilową ulgę. Po kilku minutach leżenia potrafiła przez kolejne godziny funkcjonować ze znacznie mniejszym bólem. Potrzebowała też mniej leków przeciwbólowych i udało jej się wyjść na spacer z psem, co kilka dni wcześniej było praktycznie niemożliwe.

Ponowne badanie też pokazywało poprawę. Osłabienie lewej stopy nadal było obecne i wymagało obserwacji, ale test Lasègue’a po lewej był już niemal prawidłowy, a skłon wyraźnie się poprawił. Ponownie sprawdziliśmy przeprost, jednak nadal zwiększał ból nogi, więc nie zmieniałem na siłę strategii, która działała.

Tym razem potrzebny był przede wszystkim czas

Kolejna wizyta odbyła się dopiero po około czterech tygodniach. Nie widziałem potrzeby częstych terapii w gabinecie, bo mieliśmy strategię, która działała, pacjentka wiedziała, co robić, a objawy stopniowo się zmniejszały. Potrzebny był przede wszystkim czas i monitorowanie funkcji nerwu.

Ból wycofał się z nogi

Po kilku tygodniach pacjentka wróciła do pracy, a ból nogi praktycznie przestał się pojawiać. Pozostały głównie dolegliwości samego odcinka lędźwiowego. To była bardzo dobra informacja, bo w rwie kulszowej takie zachowanie objawów nazywamy centralizacją. Ból wycofuje się wtedy z najbardziej odległych części kończyny – ze stopy, łydki czy uda – i zaczyna koncentrować się bliżej kręgosłupa.

Powtórzyłem badanie neurologiczne. Siła lewej stopy zaczęła wracać, test Lasègue’a po stronie lewej był już prawidłowy, skłon był swobodny i bezbolesny, a wyprost zdecydowanie lepszy. Co ciekawe, przeprost w leżeniu, który podczas dwóch wcześniejszych wizyt zwiększał ból nogi, tym razem był dobrze tolerowany. To był dla mnie sygnał, że możemy przejść do kolejnego etapu.

Z leczenia bólu do przygotowania do życia

Praca pacjentki wymagała regularnego podnoszenia przedmiotów ważących nawet 20–30 kilogramów. Nie wystarczyło więc doprowadzić do sytuacji „noga już mnie nie boli”. Musieliśmy przygotować ją do normalnego obciążania ciała. Zakończyliśmy etap skoncentrowany na wyciszaniu rwy i rozpoczęliśmy ogólny trening wzmacniający, którego celem było odbudowanie siły i tolerancji na obciążenie potrzebne w pracy.



A co z operacją?

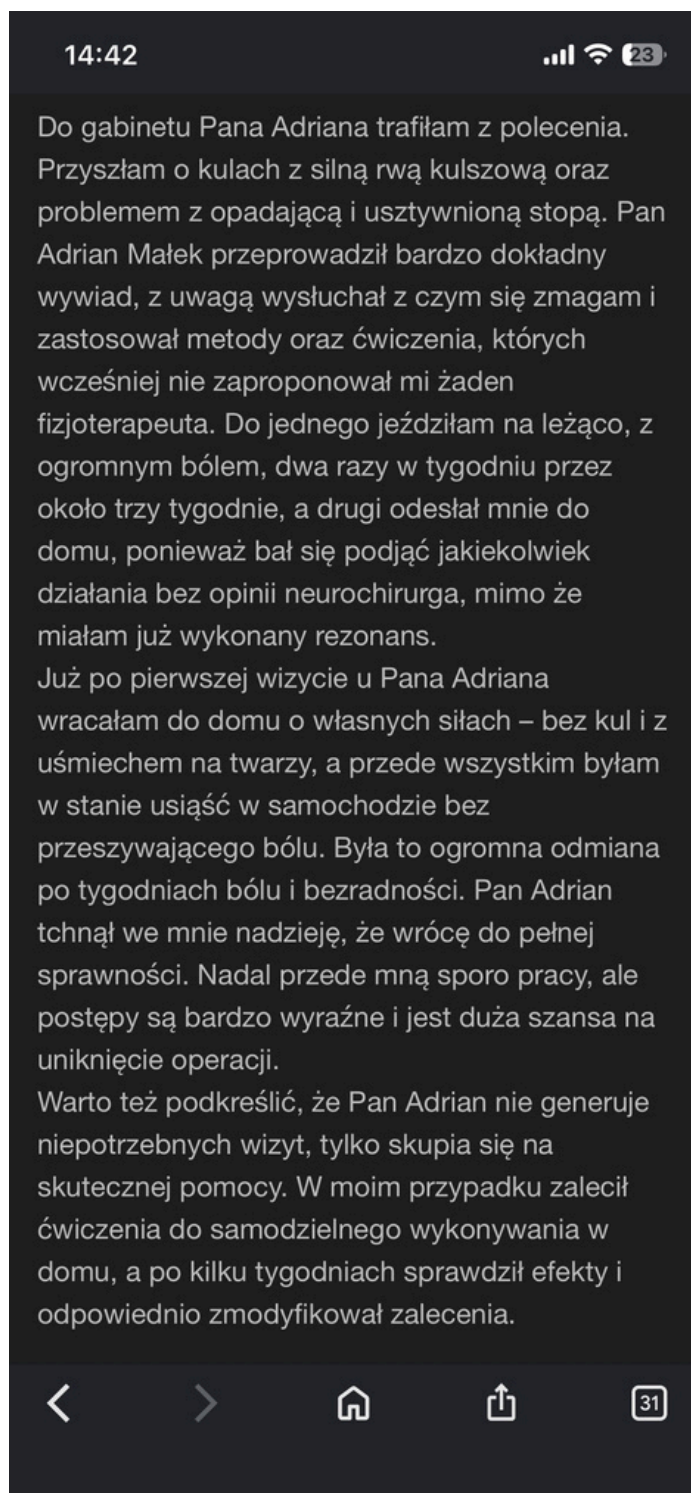


W międzyczasie pacjentka odbyła kolejną konsultację neurochirurgiczną. W rezonansie nadal widoczna była duża przepuklina, ale klinicznie sytuacja wyglądała zupełnie inaczej: ból nogi praktycznie zniknął, funkcjonowanie wyraźnie się poprawiło, testy neurodynamiczne były lepsze, a siła zaczęła wracać. Decyzję dotyczącą ewentualnej operacji pacjentka nadal omawiała z lekarzem, natomiast rehabilitację kontynuowaliśmy, obserwując dalszy przebieg.

Później dostałem od niej jeszcze telefoniczną informację, że ćwiczy, wróciła do pracy i normalnie funkcjonuje. Co ważne, odbyliśmy tylko trzy główne wizyty. Większość pracy pacjentka wykonywała samodzielnie pomiędzy spotkaniami, a moim zadaniem było zbadać, znaleźć strategię, nauczyć jej pacjentkę, kontrolować neurologię i modyfikować plan wtedy, kiedy było to potrzebne.

Co warto zapamiętać z tej historii?

Duża przepuklina w rezonansie nie oznacza automatycznie, że rehabilitacja nie ma sensu, ale również nie oznacza, że operacja nigdy nie jest potrzebna. Przy rwie kulszowej liczy się nie tylko obraz MRI. Ważne są siła mięśni, zaburzenia czucia, funkcjonowanie pacjenta, wynik badania neurologicznego i to, jak objawy zmieniają się w czasie.



Ta pacjentka na początku utykała, miała ból do stopy, drętwienie, mrowienie i osłabienie siły. Nie znaleźliśmy magicznego ćwiczenia, po którym wszystko zniknęło w pięć minut. Znaleźliśmy natomiast pozycję, która wyciszała nogę, a następnie obserwowaliśmy, jak z tygodnia na tydzień ból się centralizuje, wraca siła i poprawia funkcja. Dopiero później przeszliśmy do wzmacniania i przygotowania do normalnej pracy.

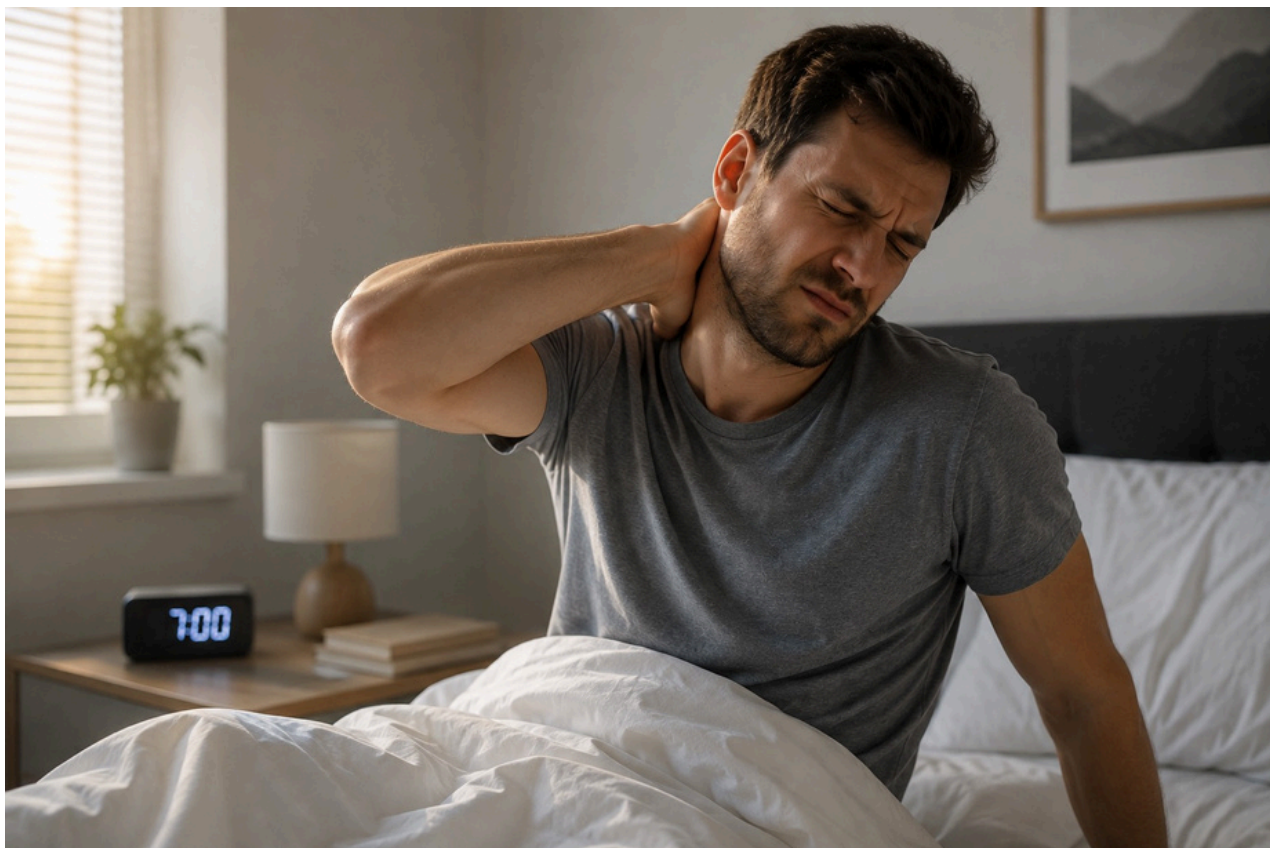
Masz ból, który schodzi z pleców lub pośladka aż do nogi? Umów konsultację – sprawdzimy funkcję nerwu, zachowanie objawów i możliwości dalszego postępowania.

[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)

Ostry ból szyi

„Nie mogłam nawet spojrzeć za siebie”

Do gabinetu zgłosiła się pacjentka z silnym bólem szyi, który pojawił się po nocy i utrzymywał od kilku tygodni. Rano obudziła się z bardzo sztywnym karkiem i dużym problemem z obracaniem głowy. Ból oceniała na około 7/10. Dolegliwości były zlokalizowane głównie w szyi i karku, ale sięgały również w okolice łopatek.



Największym problemem było ograniczenie ruchu. Pacjentka miała trudność z odwróceniem głowy i spojrzeniem za siebie, co szczególnie przeszkadzało podczas prowadzenia samochodu. Długie siedzenie również zwiększało dolegliwości, a ból potrafił budzić ją w nocy. Co ciekawe, zakres ruchu nie był cały czas taki sam – raz szyja ruszała się lepiej, a po chwili znowu stawała się bardzo sztywna.

Pacjentka zgłaszała również epizody zawrotów głowy i mroczków przed oczami. Takich objawów nie należy automatycznie przypisywać kręgosłupowi szyjnemu, dlatego zawsze wymagają one odpowiedniej oceny i ostrożności.

Badanie pokazało wyraźne ograniczenie w jednym kierunku

Zgięcie głowy do przodu oraz wysunięcie jej do przodu były stosunkowo dobrze tolerowane. Cofnięcie głowy, czyli retrakcja, było natomiast bolesne i ograniczone. Wyprost, czyli spojrzenie w kierunku sufitu, również był mocno ograniczony. Największy problem stanowiły rotacje – skręt głowy w lewo i w prawo powodował wyraźny ból, a pacjentka nie była w stanie swobodnie spojrzeć za siebie.



Zgięcie odcinka szyjnego kręgosłupa

Pierwsze powtórzenia nie były przyjemne, ale ruch zaczął się poprawiać

Rozpoczęliśmy od powtarzanej retrakcji szyi. Pierwsze ruchy były nieprzyjemne i pacjentka wyraźnie czuła szyję, ale po wykonaniu serii ponownie sprawdziliśmy rotację. I tutaj pojawiła się wyraźna zmiana: pacjentka była w stanie obrócić głowę znacznie dalej, a ból się zmniejszył. Mogła zrobić coś, co przed chwilą było dużym problemem, czyli dużo swobodniej spojrzeć za siebie. To wystarczyło, żeby uznać retrakcję za dobry punkt wyjścia. Pacjentka dostała zalecenie regularnego wykonywania tego ruchu w domu.



Ćwiczenie retrakcji które zaleciłem pacjentce

Druga wizyta – około 70% poprawy

Na drugą wizytę pacjentka przyszła z dużą poprawą. Ból nie obejmował już tak dużego obszaru, pozostał głównie w okolicy szyi i karku, a jego natężenie spadło z około 7/10 do 1-2/10. Pacjentka oceniała całościową poprawę na około 70%.

Zauważyła też, że wykonywanie retrakcji podczas siedzenia pomagało zapobiegać nasilaniu się bólu.

Ciekawy był jeszcze jeden element. Pierwsze powtórzenia po dłuższej przerwie często były bolesne, ale z każdym kolejnym ruchem ćwiczenie stawało się łatwiejsze, a szyja poruszała się swobodniej. To ważna różnica. Nie oznacza to, że należy ignorować każdy ból i ćwiczyć „przez wszystko”. Dla mnie istotne jest to, co dzieje się z objawami podczas

całej serii i po jej zakończeniu. W tym przypadku początkowy dyskomfort przechodził w mniejszy ból i większą ruchomość, a efekt utrzymywał się po ćwiczeniu.

Pacjentka powiedziała również, że przestała przez cały czas czuć szyję jako ciężką i napiętą. Ustąpiły także wcześniej zgłaszane mroczone przed oczami i zawroty głowy.

Kolejny krok – retrakcja z wyprostem

Ponieważ stan szyi był już znacznie spokojniejszy, mogliśmy przejść do mocniejszej wersji ćwiczenia. Do retrakcji dodałem wyprost szyi, czyli po cofnięciu głowy pacjentka wykonywała ruch spojrzenia do góry. Zalecenie nadal było proste: około 10 powtórzeń co dwie godziny.



Retrakcja + wyprost – drugie ćwiczenie dla pacjentki

Trzecia wizyta – ból 0/10

Na kolejnej kontroli pacjentka nie odczuwała już bólu. Pierwsze ruchy po dłuższej przerwie czasami były mniej przyjemne, ale po kilku powtórzeniach szyja szybko się „rozruszała”. Nie miała już uczucia napiętego karku, nie ograniczała jej jazda samochodem i mogła swobodnie obracać głowę. Na czwartej wizycie miała już pełną ruchomość szyi i mogła normalnie siedzieć, prowadzić samochód i spać bez wcześniejszych problemów.

Czy ból po nocy zawsze oznacza złą poduszkę?

To bardzo częsty sposób myślenia. Pacjent budzi się rano z „zablokowanym karkiem” i od razu podejrzewa poduszkę albo materac. Oczywiście pozycja podczas snu może mieć znaczenie dla samopoczucia, ale sam fakt, że ból pojawił się po nocy, nie oznacza automatycznie, że właśnie to jest jego przyczyną. W przypadku tej pacjentki znacznie ciekawsze było to, że jej ruchomość można było szybko zmieniać za pomocą odpowiednich ruchów szyi. Dlatego zamiast koncentrować się wyłącznie na tym, w jakiej pozycji spała, skupiłem się przede wszystkim na tym, jak szyja reaguje na ruch.

Profilaktyka po zakończeniu terapii

Większość dnia spędzamy z głową przed tułowiem – patrzymy w telefon, pracujemy przy komputerze, czytamy i prowadzimy samochód. Dlatego po zakończeniu terapii zaleciłem pacjentce, żeby od czasu do czasu wykorzystywała ruchy, które dobrze działały podczas badania, przede wszystkim retrakcję i swobodny wyprost szyi. Nie jako obowiązkowy „zestaw na chory kręgosłup”, tylko jako prosty sposób na regularne korzystanie z pełnego zakresu ruchu.

Co warto zapamiętać z tej historii?

Pacjentka zgłosiła się z bólem 7/10 i dużym ograniczeniem rotacji szyi. Po pierwszej wizycie dostała jedno proste ćwiczenie, na drugiej oceniała poprawę na około 70%, a na kolejnej ból wynosił już 0/10. Najważniejsze było znalezienie ruchu, który powtarzalnie poprawiał zarówno ból, jak i funkcję szyi.



Karolina

13/07/2026

Polecam pana Adriana jako świetnego fizjoterapeutę. Pomógł mi z silnym bólem odcinka szyjnego i dzięki właściwej diagnozie i zaleconym ćwiczeniom uniknęłam operacji. Podobnie z kręgosłupem lędźwiowym - odpowiednio dobrane ćwiczenia zmniejszyły dolegliwości. Pan Adrian jest skupiony na pacjencie, dokładnie słucha i czuć, że chce znaleźć optymalne rozwiązania. Wszystkie wizyty odbyły się punktualnie, w miłej atmosferze. Nie mam żadnych zastrzeżeń.

Obudziłeś się z bólem szyi i ciężko Ci obrócić głowę? Umów konsultację i sprawdzimy, jak Twoja szyja reaguje na ruch.

[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)

Rwa barkowa z drętwieniem całej ręki

„Boli mnie kark i drętwieje mi cała ręka”

Do gabinetu zgłosił się pacjent z bólem karku promieniującym do lewej ręki i drętwieniem sięgającym aż do palców. Objawy trwały około czterech tygodni. W najlepszych momentach ból wynosił około 3/10, a w najgorszych sięgał nawet 9/10. Początkowo najbardziej dokuczały mu objawy w kończynie górnej: w ramieniu, przedramieniu i dłoni.



Pacjent nie był w stanie wskazać jednej konkretnej przyczyny. Podejrzewał jedynie, że problem mógł pojawić się po spaniu w niewygodnej pozycji podczas podróży autokarem, kiedy przez dłuższy czas jego głowa była mocno przechylona. Najbardziej pogarszały go odchylenie głowy do tyłu, leżenie płasko i niektóre ruchy szyi. Leżenie na plecach bardzo szybko nasilało ból i drętwienie ręki, a ból budził go również w nocy.

Rezonans wyglądał poważnie, ale sam obraz nie mówi wszystkiego

Pacjent był wcześniej konsultowany przez neurochirurga, który skierował go na fizjoterapię. W rezonansie opisano dwie przepukliny krążków międzykręgowych oraz osteofit zwężający otwór międzykręgowy i uciskający strukturę nerwową. Nic dziwnego, że pacjent był tym wynikiem zaniepokojony. Sam obraz MRI nie mówi mi jednak, jak pacjent będzie reagował na konkretne ruchy, dlatego kluczowe było badanie kliniczne.

Retrakcja i wyprost szyi były mocno ograniczone i szybko nasilały objawy w ręku. Pochylenie i rotacja głowy w lewo również prowokowały ból karku i kończyny górnej. Test neurodynamiczny po prawej stronie był prawidłowy, natomiast po lewej już przy niewielkim zakresie pojawiało się wyraźne ciągnięcie i objawy w ręce.

Ten sam kierunek ruchu, ale inna pozycja

Na początku przetestowałem retrakcję szyi w pozycji siedzącej. Reakcja nie była dobra - objawy się nasilały i po wykonaniu ruchów pacjent nie czuł wyraźnej poprawy. Nie chciałem więc kontynuować dokładnie tej samej wersji.



Retrakcja w siedzeniu



Retrakcja w leżeniu

Spróbowaliśmy jednak tego samego kierunku w innej pozycji, czyli w leżeniu na plecach. I tutaj sytuacja zaczęła wyglądać inaczej. Z każdym kolejnym powtórzeniem ból szyi stopniowo się zmniejszał. Wykonaliśmy około 30 powtórzeń, po których ruchomość szyi była lepsza, ból mniejszy, a co najważniejsze zmniejszyło się także drętwienie ręki.

To była pierwsza wyraźna odpowiedź na terapię, dlatego na koniec pierwszej wizyty zaleciłem pacjentowi 10 retrakcji szyi w leżeniu co około dwie godziny.

Druga wizyta – około 70% poprawy

Na kolejnej wizycie pacjent powiedział, że objawy nadal występują, ale są dużo słabsze. Przestał odczuwać dolegliwości w okolicy ramienia, a pozostały głównie kark, przedramię i dłoń. Ból był już niewielki, około 2/10, nie było wcześniejszych zaostrzeń do 9/10, a dominowało raczej drętwienie niż silny ból. Pacjent oceniał poprawę na około 70%.

Poprawił się również test neurodynamiczny. Wcześniej objawy pojawiały się bardzo szybko, a teraz mogliśmy niemal całkowicie wyprostować łokieć bez wcześniejszego ciągnięcia. Co ciekawe, retrakcja w siedzeniu nadal nasilała objawy, więc jej jeszcze nie wprowadzałem. Pacjent dalej wykonywał wersję w leżeniu, która sprawdzała się najlepiej.

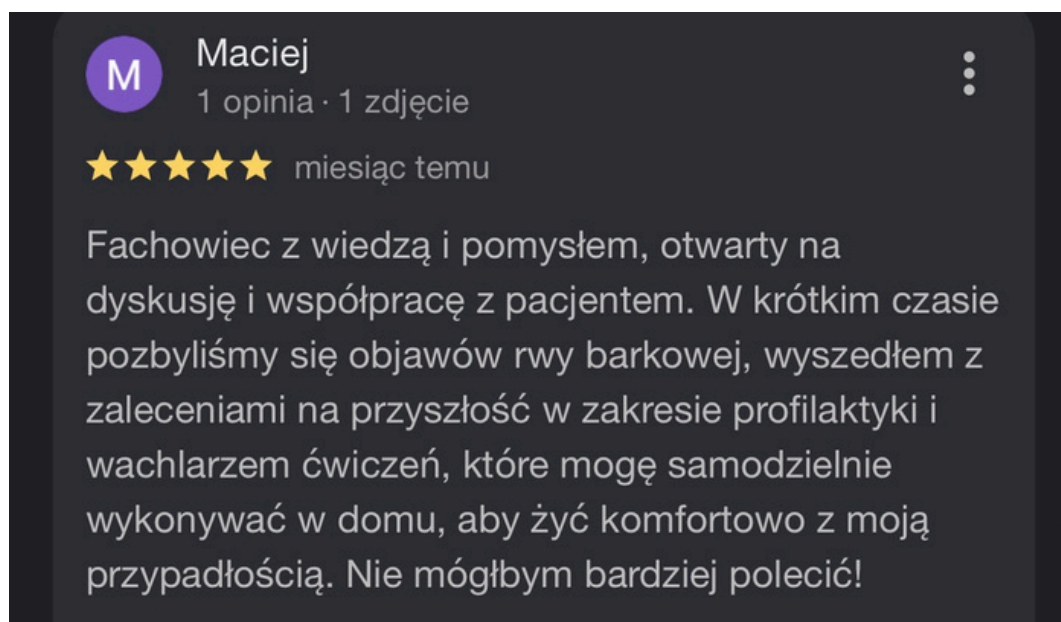
Objawy zaczęły wycofywać się z ręki

Na trzeciej wizycie pacjent nie miał już objawów w ramieniu ani przedramieniu. Pozostał niewielki dyskomfort w karku i sporadyczne objawy w dłoni. Czyli problem, który początkowo obejmował praktycznie całą kończynę, zaczął stopniowo wycofywać się w kierunku szyi. Pacjent czuł się na tyle dobrze, że sam zaczął wracać do treningów.

Ponownie sprawdziłem retrakcję w pozycji siedzącej. Tym razem reakcja była zupełnie inna: ruch nie prowokował już ręki, a wręcz zmniejszał ból karku. Mogliśmy więc przejść z łatwiejszej wersji w leżeniu do bardziej praktycznej wersji w siedzeniu.

Ostatnia wizyta – praktycznie bez objawów

Na ostatniej kontroli pacjent właściwie wrócił do normalnego funkcjonowania. Mógł siedzieć, leżeć, ruszać szyją, ćwiczyć i wykonywać codzienne czynności bez wcześniejszych problemów. Nie pojawiały się już silne bóle ani drętwienie całej ręki, a ruchomość szyi była pełna. Na tym etapie nie było potrzeby dalszego koncentrowania się na „leczeniu rwy”, więc zaleciłem stopniowy powrót do pełnej aktywności.



Dlaczego ten przypadek jest ciekawy?

Pierwsza rzecz to fakt, że nie tylko kierunek ruchu ma znaczenie. Retrakcja w siedzeniu początkowo pogarszała objawy, a ta sama retrakcja wykonana w leżeniu zaczęła je wyciszać. Dopiero później pacjent był gotowy na wersję w siedzeniu. Dlatego samo powiedzenie „rób retrakcję na rwę barkową” jest zbyt dużym uproszczeniem. Liczy się pozycja, zakres, liczba powtórzeń, aktualna drażliwość objawów i reakcja po ćwiczeniu.

Druga rzecz to rezonans. Pacjent miał dwie przepukliny, osteofit, zwężenie otworu międzykręgowego i ucisk na strukturę nerwową, a mimo to objawy w rękę stopniowo znikwały, test neurodynamiczny się poprawił, ruchomość szyi wróciła i pacjent wrócił do treningów. Nie znaczy to, że wynik MRI jest bez znaczenia, ale sam obraz nie mówi jeszcze, jak pacjent będzie funkcjonował za kilka tygodni czy miesięcy.

Ból karku schodzi Ci do ręki albo powoduje drętwienie palców? Umów konsultację i sprawdzimy, jak zachowują się Twoje objawy oraz jaki ruch możesz bezpiecznie tolerować.

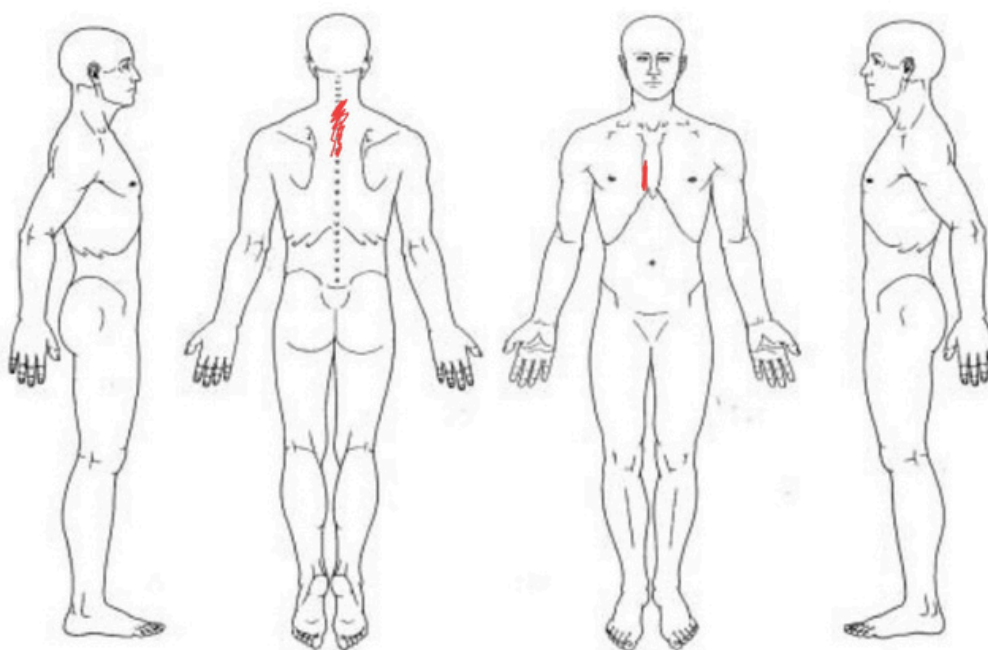
[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)

Ból mostka, którego źródłem okazał się kręgosłup

„Boli mnie mostek, ale nikt nie znajduje tam problemu”

Do gabinetu zgłosił się pacjent, który od około roku miał uporczywy ból w okolicy mostka, bardziej po prawej stronie. Objawy pojawiły się bez wyraźnej przyczyny. Pacjent zastanawiał się, czy wpływ mogły mieć duża ilość stresu i mała ilość ruchu. Oprócz bólu mostka od czasu do czasu czuł też niewielkie dolegliwości w odcinku piersiowym i szyjnym, ale to właśnie okolica klatki piersiowej była jego głównym problemem.

Narysuj swoje objawy używając poniższych kolorów



Ostry/Kłujący/
Nagłe ukłucia



Mrowienie/
Dřtwienie



Sztywność



Palenie/Uczucie
zimna/Inny opis
temperatury



Brak czucia/
Osłabione
czucie



Głęboki/Tępy/
Ciężki do
zlokalizowania

Tak zlokalizowany był ból pacjenta

Przez rok próbował różnych form fizjoterapii, między innymi masażu. Po terapii czasami czuł się lepiej, ale efekt był tylko chwilowy i ból zawsze wracał. W przypadku bólu klatki piersiowej zawsze trzeba zachować ostrożność, dlatego pacjent miał wcześniej wykonane badania medyczne, w tym EKG oraz USG okolicy klatki piersiowej i obojczyka. Nie znaleziono w nich przyczyny, która tłumaczyłaby jego dolegliwości.

Miejsce bólu nie zawsze jest miejscem problemu

Kiedy zacząłem dokładniej pytać o zachowanie bólu, okazało się, że objawy bardzo wyraźnie zmieniały się w zależności od ruchów kręgosłupa. Po leżeniu płasko ból się pojawiał. Kiedy pacjent odgiął głowę do tyłu, również go czuł. Podczas skręcania tułowia w lewo lub w prawo ból mostka także się nasilał. Natomiast podczas aktywności, na przykład na siłowni, często było lepiej, choć po pewnym czasie objawy znowu wracały.

To sprawiło, że zacząłem brać pod uwagę możliwość, że miejsce bólu niekoniecznie jest miejscem jego źródła. W badaniu sprawdziłem, czy ruchy szyi i odcinka piersiowego mogą odtworzyć charakterystyczny ból. I rzeczywiście: zgięcie szyi powodowało znajomy ból mostka, a rotacje odcinka piersiowego w obie strony również wywoływały te same objawy.

Jeden ruch szyi zmienił ból mostka

Następnie przeszliśmy do testowania powtarzanych ruchów. Zacząłem od retrakcji szyi, czyli cofnięcia głowy bez pochylania jej w dół. Na początku pacjent czuł głównie samą szyję, a z bólem mostka nie działo się nic szczególnego. Poprosiłem go jednak o wykonanie większej liczby powtórzeń i dochodzenie do pełnego, komfortowego końca zakresu.

Po około 30 powtórzeniach ponownie sprawdziliśmy ruchy, które wcześniej regularnie wywoływały ból. Pacjent skrzył tułów i pochylił głowę. Ból mostka się nie pojawił. Po roku prawie stałych objawów mogliśmy podczas jednej wizyty wyraźnie zmniejszyć dolegliwości za pomocą ruchu szyi.

To nie oznaczało jeszcze, że problem został rozwiązany. Chciałem sprawdzić, czy efekt utrzyma się również poza gabinetem, dlatego pacjent dostał zalecenie wykonywania 10 retrakcji szyi co około dwie godziny. Umówiliśmy się na kontrolę za tydzień.



Ćwiczenie retrakcji które zaleciłem pacjentowi

Do wizyty kontrolnej nie doszło – z dobrego powodu

Kilka dni później pacjent napisał, że chce odwołać wizytę, ponieważ ból całkowicie zniknął. Wykonywał zalecone ćwiczenie i nie widział już potrzeby dalszej terapii. Po około roku stałych dolegliwości wystarczyło kilka dni pracy z ruchem kręgosłupa, żeby problem przestał mu dokuczać.

★★★★★ miesiąc temu

Bardzo polecam! Trafiłem do gabinetu z uporczywym bólem odcinka piersiowego, szyjnego oraz kłującym bólem w okolicach mostka, które mocno przeszkadzały mi w treningach i codziennym funkcjonowaniu. Fizjoterapeuta konkretnie podszedł do tematu, wytłumaczył skąd bierze się problem i dał zestaw ćwiczeń, które faktycznie działają. Po stosowaniu zaleceń wszystko odpuściło i czuję ogromną różnicę. Widać, że Pan Adrian zna się na rzeczy.

Co to jest ból rzutowany?

Ból rzutowany oznacza, że miejsce, w którym odczuwamy ból, nie zawsze jest miejscem, z którego problem pochodzi. Pacjent może czuć dolegliwości w pośladku, barku, przy łopatce, w łokciu czy w klatce piersiowej, a źródłem objawów może być kręgosłup. Co ważne, sam kręgosłup nie zawsze musi wtedy mocno boleć.

Właśnie dlatego takie przypadki bywają mylące. Jeżeli boli mostek, naturalne jest szukanie problemu właśnie tam. Jeżeli boli pośladek, uwaga często skupia się na mięśniach pośladkowych albo mięśniu gruszkowatym. Jeżeli boli bark czy łokieć, cała diagnostyka może przez długi czas dotyczyć tylko tego miejsca. Tymczasem część takich objawów może mieć związek z odcinkiem lędźwiowym albo szyjnym kręgosłupa.

Co warto zapamiętać z tej historii?

Najważniejsza lekcja jest prosta: miejsce bólu nie zawsze jest miejscem problemu. W tym przypadku kluczowe było sprawdzenie, czy ruch kręgosłupa potrafi odtworzyć charakterystyczny ból pacjenta, a następnie czy inny ruch potrafi go zmniejszyć. Dokładnie to się wydarzyło.

Jeżeli od miesięcy boli Cię jedno miejsce, a masaż, rozciąganie czy terapia lokalna przynoszą tylko krótkotrwałą ulgę, warto sprawdzić również inne możliwości. Nie oznacza to, że każdy taki ból pochodzi z kręgosłupa, ale jeżeli leczenie jednego miejsca nie daje trwałego efektu, dobrze jest spojrzeć szerzej.

Masz ból, który ciągle wraca mimo leczenia
bolesnego miejsca? Umów konsultację i
sprawdźmy, skąd rzeczywiście mogą pochodzić
Twoje objawy.

[Umów konsultację fizjoterapeutyczną](#)